



BIRNBAUM

— APOTHEKE —

Est. 1789

IHRE PERSÖNLICHE VITAMINBERATUNG*

Name _____

Alter _____

Geschlecht _____

Gewicht _____

Körpergröße _____

1. Frühstücken Sie? Ja Nein

2. Wie sieht Ihr Frühstück aus? (mehrfach Auswahl möglich)

Brot mit süßem Aufstrich Frühstücksflocken gesüßt Müsli Obst Käsebrot

Sonstiges _____

3. Wie oft essen Sie Obst pro Tag?

weniger als 1 mal 1- 3 mal mehr als 3 mal

4. Wie oft essen Sie Gemüse pro Tag?

weniger als 1 mal 1- 3 mal mehr als 3 mal

5. Wie oft essen Sie in der Woche Fisch?

weniger als 1 mal 1- 3 mal mehr als 3 mal

6. Welche Art von Fisch wird gegessen?

Lachs Seelachs Rotbarsch Hering Makrele

7. Wie häufig pro Woche essen Sie Hülsenfrüchte, wie z. B. Bohnen, Erbsen, Linsen...?

weniger als 1 mal 1- 3 mal mehr als 3 mal

8. Wie häufig in der Woche essen Sie Nüsse und Samen?

weniger als 1 mal 1- 3 mal mehr als 3 mal

9. Essen Sie häufig Fast Food?

nein, so gut wie nie hin und wieder schon ja, mindestens 1 mal pro Woche

10. Wie oft essen Sie Süßigkeiten pro Tag?

gar nicht sehr wenig, eine Kleinigkeit nach dem Essen 2-3 mal am Tag mehr als 3 mal

11. Wie viel Flüssigkeit nehmen Sie pro Tag zu sich?

weniger als 1Liter 1-2 Liter mehr als 2 Liter

12. Trinken Sie viele süße Getränke? (Limonade, Cola, Saft...)

nein, ich trinke hauptsächlich Wasser hin und wieder schon ja, fast ausschließlich



BIRNBAUM

— APOTHEKE —

Est. 1789

13. Wie oft pro Woche haben Sie Stuhlgang?

mehrmals täglich täglich mehrmals pro Woche weniger als 1 mal pro Woche

14. Leiden Sie an Durchfällen?

mehrmals täglich täglich mehrmals pro Woche weniger als 1 mal pro Woche

15. Wie oft haben Sie Blähungen?

nie selten oft

16. Haben Sie manchmal den Eindruck, dass Ihre Verdauung stockt oder zu langsam ist?

mehrmals täglich täglich mehrmals pro Woche weniger als 1 mal pro Woche

17. Werden Sie schnell/häufig krank?

nein, so gut wie nie 1-2 mal im Jahr mehrmals im Jahr

18. Leiden sie häufiger an Hautreizungen, allergischen Ekzemen und/oder Neurodermitis?

weniger als 1 mal im Monat ca. 1 mal im Monat mehr als 1 mal im Monat

19. Leiden sie häufig an Kopfschmerzen und Migräne?

weniger als 1 mal im Monat 1 mal im Monat 2-3 mal im Monat

20. Bewegen Sie sich regelmäßig an der frischen Luft?

ja, ich bin sehr viel draußen ich gehe sehr wenig raus

21. Machen Sie viel Sport?

ja, regelmäßig, auch im Verein ja, aber nicht immer konsequent nein, Sport mache ich nur wenig

22. Wie oft pro Woche nehmen Sie an Aktivitäten teil (Instrument spielen, Sport...)?

1-3 mal mehr als 3 mal

23. Fühlen Sie sich im Alltag oft gestresst oder überfordert?

Ja häufig selten nie

24. Nehmen Sie Medikamente?

25. Haben Sie Grunderkrankungen?

26. Haben Sie Allergien?

*Füllen Sie dazu vorab unseren Fragebogen aus, lassen ihn uns per Post/Fax/Mail zukommen und vereinbaren einen Termin für Ihre individuelle Beratung. Wir analysieren ausführlich anhand des Fragebogens und in einem persönlichen Gespräch, ob bei Ihnen ein Mangel vorliegt, empfehlen Ihnen spezielle Nahrungsergänzungsmittel, um Ihren Mangel gezielt ausgleichen zu können und geben Ihnen außerdem wertvolle Tipps zu einer gesunden und ausgewogenen Ernährung.

Die Kosten für die Beratung betragen 20€. Beim Kauf von den von uns empfohlenen Produkten erhalten Sie eine Gutschrift von 5€.